



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE DLA POTRZEB SPECJALNEGO ZASIŁKU RODZINNEGO LUB ZWIĘKSZONYCH ZASIŁKÓW
RODZINNYCH DLA DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Rozp. 1408/71: art. 73; art. 74
Rozp. 574/72: art. 86; art. 88

A. Wniosek o zaświadczenie

Wypełnia instytucja odpowiedzialna za przyznawanie świadczeń rodzinnych.

1.	<input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek		
1.1.	Nazwisko ^(1a)			
1.2.	Imię (imiona)	Poprzednie imiona i nazwiska ^(1a)	Miejsce urodzenia ^(1b)	
1.3.	Data urodzenia	Płeć	Obywatelstwo	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ^(1c)
1.4.	Adres ⁽²⁾			

2.	Dziecko, którego dotyczy prośba o wystawienie zaświadczenia			
2.1.	Nazwisko ^(1a)			
2.2.	Imię (imiona)			
2.3.	Miejsce urodzenia ^(1b)	Data urodzenia	Płeć	Numer identyfikacyjny/ubezpieczenia ^(1c)
2.4.	Adres ⁽²⁾			

3.	Instytucja odpowiedzialna za przyznawanie świadczeń rodzinnych			
3.1.	Nazwisko			
3.2.	Adres ⁽²⁾			
3.3.	Sygnatura akt			
3.4.	Pieczęć	3.5.	Data	
		3.6.	Podpis	

B. Zaświadczenie

Lekarz wyznaczony przez instytucję w miejscu zamieszkania badanego dziecka powinien wypełnić tę stronę i następną oraz przesłać formularz do instytucji wskazanej w punkcie 3, załączając wszystkie dokumenty medyczne (zdjęcia, zdjęcia rentgenowskie, wyniki badań medycznych itp.)⁽⁴⁾.

4.				
4.1.	Wiek dziecka w dniu badania:	lat	miesiący	
	Waga dziecka:	kilogramów	gramów	wzrost: centymetrów
4.2.	Opóźnienie rozwoju psychomotorycznego			
	Opóźnienie w odniesieniu do poziomu normalnego dla wieku dziecka: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
	Jeśli tak, proszę je określić:			
4.3.	Samodzielność			
	Czy dziecko potrafi samo usiąść?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy potrafi chodzić?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy potrafi mówić?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy potrafi się samo ubrać?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy potrafi samo jeść?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy potrafi pisać?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ⁽³⁾
			Czy dziecko nie trzyma moczu lub stolca?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ⁽³⁾
4.4.	Pomoc			
	Czy stan dziecka wymaga opieki osoby trzeciej? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie			
	Stałej opieki?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Codzienniej opieki, ale nie ciągłej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Lub innych środków (proszę podać jakich):			
4.5.	Charakter głównej niezdolności			
	Czy niezdolność dziecka ma charakter			
	czuciowy?	wzrokowy?	
		słuchowy?	
	ruchowy:			
	umysłowy:	poziom umysłowy	
		zachowanie	
	inny			
4.6.	Przyczyny powstania niezdolności ⁽³⁾			
	— wrodzona anomalia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
	— choroba	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
	data wystąpienia niezdolności:			
	data diagnozy:	miesiąc:	rok:
	rozpoczęcie leczenia:	miesiąc:	rok:
	— wypadek	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
	data wypadku:			
4.7.	Towarzysząca niepełnosprawność			
	Jaka?			
	Inne braki			
4.8.	Dodatkowe informacje			
	Niepełnosprawność innych członków rodziny:			
	Dodatkowe, już przeprowadzone badania:			
	(Jeśli jest to możliwe, należy załączyć kopie raportów z badań medycznych)			

4.9. Leczenie, w tym rehabilitacja i leczenie lekami. Jakie formy leczenia są świadczone?

.....
Od kiedy?

Jakie formy leczenia są zalecane?

— Chirurgiczne:

— Hospitalizacja (ostatnie trzy lata):

— Leczenie w domu (środki medyczne, ...) Od kiedy/...../.....

..... Od kiedy/...../.....

..... Od kiedy/...../.....

— Rehabilitacja:	Początek	Częstotliwość	Gdzie?
Logopedia:
Psychoterapia:
Terapia zajęciowa
(Psycho)terapia
Wczesna pomoc w domu

4.10. Środki edukacyjne i szkoleniowe

Jakie formy edukacji i szkolenia są prowadzone?

.....
Od kiedy?

Jakie formy edukacji i szkoleń są zalecane?

4.11. Rokowania

Proszę określić:

4.12. Kod choroby zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób – WHO (ICD)

4.13. Początek choroby

4.14. Data następnego badania kontrolnego

5.

5.1. Nazwisko i imię (imiona) lekarza

5.2. Adres (²)

5.3. Data

5.4. Podpis

POUCZENIE

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując tekst wyłącznie w miejscach wykropkowanych. Formularz składa się z czterech stron, z których żadnej nie można pominąć, nawet jeśli nie zawiera stosownych informacji. Formularz należy wypełnić w języku lekarza wystawiającego zaświadczenie.

UWAGI

- (¹) Symbol państwa, którego instytucja wypełnia formularz: BE = Belgia; CZ = Czechy; DK = Dania; DE = Niemcy; EE = Estonia; GR = Grecja; ES = Hiszpania; FR = Francja; IE = Irlandia; IT = Włochy; CY = Cypr; LV = Łotwa; LT = Litwa; LU = Luksemburg; HU = Węgry; MT = Malta; NL = Niderlandy; AT = Austria; PL = Polska; PT = Portugalia; SI = Słowenia; SK = Słowacja; FI = Finlandia; SE = Szwecja; UK = Zjednoczone Królestwo; IS = Islandia; LI = Lichtenstein; NO = Norwegia; CH = Szwajcaria.
- (^{1a}) W przypadku obywateli Hiszpanii należy podać obydwa nazwiska rodowe.
W przypadku obywateli Portugalii należy podać wszystkie imiona i nazwiska (imiona, nazwisko, nazwisko panieńskie) w kolejności określonej przez stan cywilny, w jakiej występują w dokumencie tożsamości lub paszporcie.
- (^{1b}) W przypadku dzielnic w Portugalii należy podać również parafię i władze lokalne.
- (^{1c}) Jeśli formularz ma być przesłany do instytucji czeskiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji cypryjskiej, w przypadku obywatela Cypru należy podać Cypryjski Numer Identyfikacyjny, w przypadku cudzoziemca należy podać Numer Zaświadczenia Rejestrującego Cudzoziemca (ARC); do instytucji duńskiej, należy podać numer CPR; do instytucji fińskiej, należy podać numer rejestru ludności; do instytucji szwedzkiej, należy podać numer osobisty (*personnummer*); do instytucji islandzkiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (*kennitala*); do instytucji łotewskiej, należy podać numer identyfikacyjny; do instytucji w Lichtensteinie, należy podać numer ubezpieczenia AHV; do instytucji litewskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny; do instytucji węgierskiej, należy podać numer TAJ (numer identyfikacyjny ubezpieczenia społecznego); do instytucji maltańskiej, w przypadku obywateli Malty należy podać numer dowodu tożsamości, w przypadku cudzoziemców należy podać numer maltańskiego ubezpieczenia społecznego; do instytucji norweskiej, należy podać numer identyfikacyjny (*fødselsnummer*); do instytucji belgijskiej, należy podać numer państwowego ubezpieczenia społecznego (NISS); do niemieckiej instytucji powszechnego systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego, należy podać numer ubezpieczenia (VSNR); do instytucji hiszpańskiej, należy podać numer znajdujący się w krajowym dokumencie tożsamości (DNI) lub N.I.E. w przypadku cudzoziemców, nawet jeśli termin ważności tego dokumentu upłynął; do instytucji polskiej, należy podać numery PESEL i NIP; do instytucji portugalskiej, należy podać także numer rejestracyjny w powszechnym systemie emerytalno-rentowym, jeśli zainteresowany był ubezpieczony w systemie ubezpieczenia społecznego dla pracowników służby cywilnej w Portugalii; do instytucji słowackiej, należy podać numer urodzenia; do instytucji słoweńskiej, należy podać osobisty numer identyfikacyjny (EMŠO); do instytucji szwajcarskiej, należy podać numer ubezpieczenia AVS/AI (AHV/IV). W przeciwnym razie należy wpisać „Brak”.
- (²) Ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość, państwo.
- (³) Należy wpisać tylko wtedy, gdy instytucją odpowiedzialną za przyznawanie świadczeń rodzinnych jest instytucja belgijska lub słowacka.
- (⁴) W Słowenii wypełnia komisja medyczna wyznaczona przez Ministra Pracy, Rodziny i Spraw Socjalnych.